

**GUÍA DE INTERVENCION PARA PRIMEROS RESPONDIENTES FRENTE A
POTENCIALES SUICIDAS, UN ENFOQUE DIFERENCIAL**

TRABAJO DE GRADO

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CURSO DE ESPECIAL INTERÉS PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD
BOGOTA D.C., MAYO DE 2020**

**GUÍA DE INTERVENCION PARA PRIMEROS RESPONDIENTES FRENTE A
POTENCIALES SUICIDAS, UN ENFOQUE DIFERENCIAL**

TRABAJO DE GRADO

PS. MSC. FERNANDO GERMÁN GONZALEZ GONZALEZ ASESOR

MICHAEL SNEYDER PINEDA LOZANO 426329

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CURSO DE ESPECIAL INTERÉS PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD

BOGOTA D.C. MAYO,2020



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5)

La presente obra está bajo una licencia:

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5)

Para leer el texto completo de la licencia, visita:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co/>

Usted es libre de:



Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra

Bajo las condiciones siguientes:



Atribución — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Sin Obras Derivadas — No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

“Las opiniones expresadas en este trabajo son responsabilidad de los autores; la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia ha verificado el cumplimiento de las condiciones mínimas de rigor científico y de manejo ético.”

(Artículo 65 Reglamento Interno)

Agradecimientos

A los docentes de la Universidad Católica de Colombia que trabajan con esmero desde su área del conocimiento, compartiendo sin reservas su saber, a fin de crecer como profesión y como sociedad.

Dedicatoria

A las víctimas de discriminación por su orientación erótico-afectiva e identidad de género, a sus familias y al personal de servicios de salud, que, por falta de herramientas, tuvieron que padecer el drama del suicidio

Tabla de contenido

Resumen, 1
Justificación, 2
Historia del suicidio, 4
Definición de Suicidio, 5
Factores de Riesgo, 6
Factores Protectores,9
Discriminación por Identidad de Género, 10
Atención In Situ, 13
Metodología, 16
Objetivo General, 18
Objetivos Específicos, 18
Fases 1, 18
Fase 2, 19
Fase 3, 19
Población Objeto, 19
Resultados, 20
Conclusiones, 20
Referencias, 21

Lista de tablas

Tabla 1. Factores de Riesgo de Suicidio, 7

Tabla 2. Factores Protectores, 9

Lista de apéndices

Apéndice A. Entrevista Paciente Con Intención Suicida Aparente (Audio adjunto), 24

Apéndice B. Entrevista Paciente sin Intención Suicida Evidente (Audio Adjunto), 26

Apéndice C. Producto, 27

Guía de Intervención para Primeros Respondientes Frente a Potenciales Suicidas, un Enfoque Diferencial.

Resumen

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública en el siglo XXI, entre el 2009 y el 2018 hubo un total de 20.832 suicidios en Colombia por diferentes causas, se ha logrado establecer en la mayoría de los casos factores de riesgo en ciertos grupos de la población como: la falta de redes de apoyo, agresión por identidad de género y orientación sexual afectiva, el padecimiento de enfermedades mentales, la discriminación derivados de la estigmatización y el rechazo social hacia personas LGBTI. Esto tiene el potencial de generar un proceso suicida, que inicia con pensamientos, plan suicida, intento suicida, y en ocasiones termina con la consumación del suicidio o con lesiones permanentes en quienes lo han intentado. Debido a la carencia procedimental para la evitación de la autólisis in situ muchos suicidios se han consumado a los ojos de rescatista y personal de salud, por este motivo se ha desarrollado una guía metodológica encaminada dar indicaciones básicas para el manejo y evitación de la conducta suicida en su fase más crítica, manteniendo el enfoque diferencial.

Palabras Clave: Intento de Suicidio, Intervención, Enfoque Diferencial, Género, LGBTI.

Abstract

Suicide has become a public health problem in the 21st century, between 2009 and 2018 there were a total of 20,832 suicides in Colombia from different causes, it has been possible to establish risk factors in certain groups in most cases of the population such as: the lack of support networks, aggression due to gender identity and affective sex orientation, suffering from mental illnesses, discrimination derived from stigmatization and social rejection towards LGBTI people. This has the potential to generate a suicide process, which begins with thoughts, suicide plan, suicide attempt, and sometimes ends with the completion of suicide or with permanent injuries in those who have attempted it. Due to the procedural deficiency for the avoidance of in situ autolysis, many suicides have been consummated in the eyes of rescuers and health personnel, for this reason a methodological guide has been developed to give basic indications for the management and avoidance of suicidal behavior in its most critical phase, maintaining the differential focus.

Keywords: Suicide Attempt Intervention, Differential Approach, Gender, LGBT

Justificación

El suicidio es una conducta lesiva auto infringida, se considera un proceso, que en la mayoría de los casos tiene una secuencia que va desde los pensamientos, los planes, los intentos que generalmente aumentan su letalidad, hasta llegar a la muerte. (Cañón Buitrago SC, como se citó Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM, 2015).

El suicidio se ha convertido en un fenómeno, que alcanza grandes magnitudes, Según el Informe Forensis del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2018) dentro las causas de muerte violenta en Colombia ha alcanzado el cuarto lugar en Colombia con 2571 suicidios en 2017 y 2696 en 2018, en el periodo comprendido entre el 2009 y el 2018 hubo un total de 20.832 suicidios con un promedio de 2.083 suicidios por año, esto representa el 10,4% de las muertes por causa externa, mientras que en Suramérica es el 7,9%, en Colombia por cada 100 mil habitantes 5,93 consuman el suicidio, sobrepasando en 2.5% el porcentaje de suicidios en Suramérica. Con esto se significa el problema de salud pública en esta década, pues los aumentos en los casos de suicidio en el país han tenido un aumento significativo generando para el 2019, 96.739 años de vida potencialmente perdidos (AVPP).

Debido a las altas tasas de suicidio e intentos de suicidio, y dando cumplimiento a lo establecido en la ley 1616 de 2013 “Ley de Salud Mental” se han establecido estrategias como el Protocolo de Vigilancia en Salud Publica para Intentos de Suicidio, la Encuesta Nacional de Salud Mental, y sistemas de información como el Boletín de Salud Mental Conducta Suicida, de la Sub dirección de Enfermedades no Transmisibles del Instituto

Nacional de Salud con el fin de contener el problema de salud pública en que se ha convertido el suicidio en las últimas décadas.

El suicidio es un fenómeno multicausal, que puede tener una etiología en enfermedades mentales, como la depresión, esquizofrenia entre otros, también son considerados factores de riesgo, el haber tenido ideación o intentos de suicidio, ser hombre, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, carecer de redes de apoyo o tener identidad de género y orientación erótico-afectiva diversa.

Según (Pineda,2013) estudios sobre la homofobia internalizada demuestran una fuerte correlación con el deterioro de la salud mental en jóvenes y en adultos, a causa de la discriminación, la presión social por la imposibilidad de expresarse libremente en su área erótico-afectiva, y la aparición de factores de riesgo para ideación suicida. aunado a esto carecer de redes de apoyo se constituye en factor de riesgo suicida.

Esta situación demuestra la inminente necesidad de actuar frente a la conducta suicida desde la salud mental, y las políticas públicas así como también establecer protocolos y procedimientos claros tendientes a disuadir a los posibles suicidas de realizar la acción en el sitio, de esta manera se proyecta una guía que establezca lineamientos de actuación a personal que atiende casos de intento de suicidio, con y sin formación en salud mental, con el fin de ayudar a la adecuada actuación, y la evitación del suicidio en el sitio, antes de ser atendido por un profesional de la salud.

Historia del Suicidio

El origen etimológico de la palabra suicidio, proviene del latín sui, que significa a si mismo, y de la palabra caedere que significa matar, esto constituye un acto de autolesión, que tiene como objetivo principal el acabar con la vida propia, de manera deliberada y libertaria, existen significativas diferencias entre el suicidio y la autolesión, pues en la autolesión no existe una intención explícita de acabar con la vida, al contrario del suicidio, pues esto constituye a la ideación suicida en donde se presenta un deseo de morir, con el establecimiento de un plan que cuente con un numero básico de pasos, mientras que el intento, hace referencia a la acción sin intención (Barroso,2019).

En épocas antiguas el desde los celtas hispanos, pasando por los países nórdicos en diferentes los artistas, filósofos y pensadores han considerado el suicidio como un fenómeno altamente confuso. Algunos pueblos exaltaban los actos suicidas, es el caso de los galios, hispanos, vikingos y nórdicos, quienes los justificaban por razones de vejez, muerte de pareja, enfermedad dolorosa, mientras tanto en china era concebido como un acto de lealtad, Japón lo consideraba un acto de expiación en cual se llevaba a cabo en como resultado de una derrota. A lo largo de la historia el suicidio ha sido una practica del ser humano que podría considerarse como heroica y patriótica como en la antigua Grecia, que podría también acompañar suicidio a causa de fanatismo, locura incluso asistido por el senado. (Raheb, 2009).

La idea de querer quitarse la vida según (Beck, Kovacs y Weissman.1979) se enmarca en un grupo de pensamientos que se hacen recurrentes, y pueden ser leves, moderados hasta graves, su intensidad se constituye en la posibilidad de consumir el acto, o cuando menos de realizar un intento de suicidio con implicaciones a nivel de salud en caso de ser errado, este se constituye en un intento de suicidio. (Pineda.2013).

Suicidio.

Según la (WHO, World Health Organization, 2012) el Suicidio es un acto con resultado fatal, que lleva a cabo una persona con un conocimiento previo al propósito y al hecho que se va a realizar con el fin de alcanzar un objetivo determinado. Este con el paso del tiempo se ha ido constituyendo en un problema de salud pública que ha ido tomando fuerza Dentro del suicidio se establecen etapas previas como la ideación y el intento suicidas. Este se encuentra dentro de las diez primeras causas de muerte en el mundo, lo que significa que alrededor de 1.8% de muertes que hay en el mundo es a causa de suicidio Cabe resaltar que las cifras de muerte por esta causa tienen variaciones significativas entre países, sin embargo, estas han aumentado en un 50% en los últimos diez años, sin contar que por cada suicidio existen al menos 20 intentos. (De la Torre,2013).

En España, el número de suicidios ascendió a 3451 en 2008, cifra probablemente mayor debido a los efectos posteriores de la crisis económica. (De la Torre,2013), mientras que, en Latinoamérica, se determinó que a alrededor de 65.000 personas se suicidan al año. Sin embargo, los datos generalmente son poco precisos ya que hay dificultades en la toma de datos, clasificación de estos y en la discriminación de las causas de muerte, presentando cifras que, según estudios, distan de la realidad, probablemente por esta razón los suicidios de

América Latina son inferiores a los que se presentan en el norte de América. Se ha estimado que por cada muerte en América Latina se presentan entre 10 y 20 intentos, mientras que en Estados Unidos se presentan entre 100 y 200 por cada suicidio. (Toro,Viancha Martinez,Perez,2018).

En América Latina ha existido un incremento importante de los índices de suicidio, según (Hernández-Bringas & Flores-Arenales, 2011) con información que se recopiló desde 1950, probablemente por cambios políticos y sociales, este incremento ha sido de 258% en México, mientras en 2011 se registraron 5.718 casos, en 1990 se registraron 1.939, por su parte estudios realizados en Boyacá Colombia, determinaron que, en proporción, por cada mujer que consuma el suicidio, cuatro hombres lo hacen, con edades inferiores a los 30 años, como se evidenció en estudios anteriores, los métodos letales son más utilizados por hombres; tales como ahorcamiento y arma de fuego, y para las mujeres ingesta de sustancias tóxicas. (Toro et al,2018).

Factores de Riesgo.

Algunas de las motivaciones para el intento e ideación suicidas son el padecimiento de enfermedades mentales, trastornos emocionales, pérdidas de personas allegadas, presión social, enfermedades incurables, mandatos religiosos, el estudio de este fenómeno se denomina suicidología, desde esta perspectiva se establece que personas que han tenido ideación, planeación, e intento de suicidio se catalogan en el grupo de población con riesgo de suicidio. Pineda (2013).

Para esta población que se considera en riesgo suicida, se han resaltado, desde la perspectiva cognitivo-conductual algunos factores de riesgo que podrían exacerbar la

ideación y determinar la aparición de la conducta suicida. Las personas tienen una idea pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, estableciendo una causa interna, estable y global acerca de eventos negativos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), una de las teorías que más aceptación ha tenido, es la que propone la aparición de sucesos estresantes que generan determinadas emociones en especial frustración, o rechazo, el deseo de escapar de esas situaciones debido a que en la evaluación interna del problema no se vislumbra otra salida, de esta manera la persona recurre al suicidio como su escapatoria. (De la Torre.2013).

Una de las particularidades es el método que se emplea para consumir el suicidio, debido a eso se determina también su letalidad, pues los hombres emplean métodos con mas nivel de letalidad frente a los métodos de las mujeres, quienes no utilizan métodos tan letales, la mayoría de estos hombres son solteros, quienes cometen en mayor proporción en suicidio en su vivienda, las investigaciones posteriores al suicidio, determinaban que las causas mas frecuentes eran problemas con sus familiares, y rupturas amorosas (Jiménez-Ornelas & Cardiel-Téllez, 2013).

Tabla1.

Principales Factores de Riesgo de suicidio.

Factores de Riesgo de Suicidio.	
• Soltero	• Relación abusiva presente
• Hombre	• Problemas de ansiedad
• Viudo	• Psicosis*
• Divorciado/separado	• Desesperanza*
• Edad avanzada	• Esquizofrenia
• Depresión* (mayor riesgo)	• Aislamiento* o rechazo social

- Intentos previos de intentos de suicidio o autolesiones*
- Alcoholismo*
- Adicción a sustancias propia* (o familiar)
- Presencia de trastorno cerebral orgánico (por ejemplo, epilepsia, daño cerebral, demencia)
- Trastorno de personalidad (especialmente relacionados con sociopatía, impulsividad, agresión, inestabilidad)
- Duelo infantil
- Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo*
- Exhibición de una o más emociones negativas intensas poco características*
- Preocupación por abuso pasado*
- Enfermedad física (posibles consecuencias vitales, crónica o que debilite)
- Desempleado o retirado
- Trauma reciente (físico o psicológico)
- Desestabilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia*
- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio*
- Plan específico de suicidio formulado*
- Abandono de pertenencias preciadas o cierre de asuntos*
- Interés en tema de muerte

(De la Torre.2013)

Sin embargo, existen factores protectores que pueden llegar a ser usados en la atención de los casos suicidas, se debe tener especial cuidado en el uso de esta información, a continuación se relacionan los factores protectores para los casos suicidas, estos factores como el estar casado, tener hijos pequeños, siempre y cuando estos generen ilusión y expectativa a las personas, pueden ser útiles puesto que una idea de futuro, y una intención

de realizar actividades a futuro, disminuye de la probabilidad de la ideación suicida. (Perdomo,2012).

Tabla 2.

Factores protectores frente al suicidio.

Factores de protectores

- Presencia de habilidades de comunicación
- Presencia de habilidades para encarar y resolver los problemas de manera adaptativa
- Búsqueda de consejo y ayuda cuando surgen dificultades
- Receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas
- Tener confianza en uno mismo
- Actitudes y valores positivos, tales como el respeto, la solidaridad, la cooperación, la justicia y la amistad
- Creencias religiosas
- Apoyo familiar, caracterizado por una cohesión alta
- Apoyo social de calidad y consistencia (los amigos constituyen uno de los factores de protección más efectivos en la prevención de la conducta suicida)

(De la Torre.2013)

El fenómeno del suicidio puede tomar fuerza dependiendo de diversas condiciones y factores de riesgo, en la tabla 2 se evidencian las características principales de las personas con factores que generan un deseo de vivir o factores protectores a pesar de tener pensamiento suicida. Sin embargo, existen predisponentes y precipitantes que sumados aumentan las posibilidades del riesgo suicida en especial en población vulnerada históricamente, por su

credo, identidad sexual, género son vulnerados. Como lo menciona la OMS la violencia de género es un problema que al igual que el suicidio se ha convertido en problema de salud pública, con proporciones epidémicas, con disminución en la autoestima, enfermedades mentales capacidad productiva y la relación con miembros de su familia, en la (ENDS, 2015) el 36.5 por ciento de las mujeres y el 50.1 afirmaron que las mujeres que son golpeadas por sus parejas y regresan con ellas es porque les gusta el maltrato.

Discriminación Por identidad de Género.

Contrario a estos imaginarios sociales, la evidencia científica ha demostrado el impacto certero que tiene la violencia, la discriminación, el bullying, el ciberbullying, la falta de redes de apoyo, el rechazo familiar entre otros, en la salud mental de las personas que desarrollan enfermedades mentales y trastornos. La discriminación es un fenómeno con impacto directo en las personas que la padecen, pues limita el desarrollo, las potencialidades, recursos y servicios.

Una de las poblaciones con altos niveles de rechazo social, es la de población con identidad sexual diversa, los efectos de esta se han acentuado con el paso del tiempo generando una naturalización de ella, en la sociedad, manteniendo los niveles de tolerancia en estadios muy bajos, y generando así una opresión social a quien no cumple con los estándares sociales impuestos. La población sexualmente diversa no asistirá a lugares donde sienta actitudes de rechazo, si estos lugares son los servicios médicos, psicológicos, académico el efecto desfavorable para la salud física, mental, con un deterioro en el autoconcepto, se hará presente, afianzando la condición sexual diversa como algo negativo. (Ortiz, García, 2005).

La discriminación puede ser originada por los conceptos que se han aprendido desde el seno de la familia hasta el entorno social, o instituciones de educación básica y superior con dogmatismos que promulgan la diversidad sexual como una conducta incorrecta de inadaptación social. Según D'Augelli(2008 como se citó en Pineda,2013) los adolescentes LGB tienen un mayor riesgo suicida, en un grupo etario que oscila entre los 13 y los 21 años, sin embargo, existen estudios que extienden la edad de los grupos a jóvenes de 25 años.

La orientación sexual es definida como la orientación erótica y afectiva que deciden establecer con otra persona, en algunos casos del mismo sexo (homosexual) y en otros casos del sexo contrario (heterosexual). En un estudio por (Hill y Pettit,2012) realizado en un contexto educativo dentro de un colegio, con una muestra de 198 jóvenes con una media de edad de 21,28 años se estableció que, debido a la orientación sexual, se tiene un efecto directo e indirecto en la ideación suicida, por elementos como la opresión percibida. Esto, se enmarca en el grado de rechazo percibido derivado de su orientación, pues el rechazo social, la discriminación, la presión social son factores de riesgo como se citaba en la tabla 1, así pues, las personas del estudio que manifestaban percibir o anticipar rechazo en su colegio debido a su orientación sexual, se enmarcan en las personas con riesgo suicida, pues estos elementos se asocian con este riesgo. De esta manera se establece que las personas pertenecientes a la población LGBTI que padecen de ideación suicida, tienen una etiología de naturaleza social. (Hill y Pettit,2012).

Teniendo en cuenta esto, se puede entender que las personas con orientación sexual e identidad de género diversa como Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgénero, desarrollan trastornos mentales como depresión, angustia psicopatológica, ansiedad, abuso de sustancias sicoactivas, niveles bajos de autoestima (Cedillo,2017) estas patologías, son un factor de

riesgo inminente para el inicio de la conducta e ideación suicida, aunado a esto, se ha logrado establecer que personas de la comunidad (LGBTI) que han presenciado conductas de discriminación, agresión, rechazo social a otras personas con identidad de género diversa, mostraron mayor índice de ideación suicida, que quienes no lo habían presenciado, demostrando que no es esencialmente prejudicial para quienes sufren la agresión pues se extiende a quien la presencia. (Ortiz, García,2005).

Dentro de los motivos de consulta psicológica más recurrentes, dentro de la población sexualmente diversa, se encuentra la homofobia, la cual es definida de diferentes maneras entre ellas; el rechazo a la feminización de un hombre, así pues, se ha comprobado que la violación a los cánones de masculinidad, por parte de varones homosexuales genera en estos sentimientos de culpa, al punto de querer suplir esas violaciones, asumiendo roles del género masculino que están culturalmente aceptadas. Otro de los factores de mayor incidencia en estos sentimientos de culpa, es el estar culturalmente aceptado el rechazo hacia los barones amanerados, generando repudio social. (Pineda,2013).

En estudios realizados en la ciudad de México por (Ortiz, García, 2005) en el que se pretendía analizar los efecto sobre la salud mental con respecto a ideación suicida, intentos de suicidio, percepción del estado de salud, trastornos mentales, alcoholismo, desde tres perspectivas de opresión como (homofobia, percepción del estigma, ocultamiento de la orientación sexual) con una muestra de 506 adultos de edad promedio de 29 años, con nivel de educación de bachillerato, con orientación no heterosexual, se encontró que el 39,9% tenía ideación suicida, el 15% había tenido intentos de suicidio, el 27% padecía trastornos mentales comunes, y un 18% padecía de alcoholismo, dentro del alcoholismo, se observó una prevalencia siete veces mayor que en las mujeres con identidad sexual diversa, que las

que se observaron en otras mujeres. (Ortiz, García, 2005). Los participantes con mayores niveles de homofobia internalizada estaban en mayor riesgo suicida, como es también mencionado en el (Boletín de salud mental conducta suicida, 2018) están en mayor riesgo de suicidio “La pertenencia a un grupo vulnerable objeto de discriminación como: desplazados, las comunidades indígenas; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales, intersexuales; y las personas privadas de la libertad”.

Es importante tener en cuenta que la conducta suicida, su aparición y mantenimiento puede ser observado desde una perspectiva neurobiológica y desde una perspectiva psicológica, pues la poca capacidad de controlar los impulsos y el ser muy propenso al dolor psicológico intenso, pueden tener su etiología en las predisposiciones genéticas y neurobiológicas, con incidencia en el sistema nervioso, la segregación de neurotransmisores como la serotonina (Toro, 2013). Una de las teorías acerca de la causa de la depresión, la cual es uno de los factores de riesgo suicida según (Fester 1973, Como se citó en Barraca 2009) es la falta de reforzamiento debido a la emisión de conductas desadaptativas, y de gratificación al contacto con otras personas, en donde se genera una fijación en las emociones depresivas, y el repertorio de operantes adaptativos se hace menor, hasta llegar a un estado de pasividad general, así pues y debido a las implicaciones de la segregación social, percibida es de esperar que las conductas evitativas, las distorsiones cognitivas, acentúen la ideación suicida.

Atención In Situ

Según (Guerra, Lerma, Haranburu, 2009) en su texto de “Técnicas Psicológicas De Rescate En Intentos De Suicidio” la conducta suicida es un elemento con características

únicas en cada una de las persona, en unos casos la persona tiene la intención de hacer un llamado de atención, poniendo como estrategia el intento de autolisis, sin embargo no hay un convencimiento pleno de quitarse la vida, por otro lado existe la persona con serias intenciones en el quitarse la vida, lo cual se constituye en un factor determinante para el adecuado manejo de la conducta debido, a que puede generarse una adecuada atención al paciente que tiene el deseo de llamar la atención, encontrando y atendiendo a los disparadores de la acción, mientras que en el deseo legítimo de terminar con la vida existe una seria dificultad debido a la peligrosidad del ambiente.

El principal objetivo en una intervención de riesgo suicida es aplazar la decisión, tener las estrategias adecuadas permitirá a las personas que intervienen en el procedimiento, evitar el intento. El fracaso, tendría unos costos muy altos pues podría llegar a la consumación del acto suicida con la muerte, o la generación de lesiones permanentes en los pacientes. Es importante tener en cuenta las comorbilidades y otras variables de los pacientes que intentan un suicidio; Intentos Previos, Trastorno Límite de la Personalidad, Depresión, Tristeza, Consumo de Sustancias Psicoactivas, Enfermedades Crónicas, Pacientes Oncológicos Terminales. Identificar la causa de la ideación suicida, y si la intención es real, debe ser una prioridad, pues el paciente exteriorizara ideas como: que morir es mejor que estar vivo, y que morir es más fácil que alcanzar las posibles soluciones. Previo a la muerte biológica puede presentarse muerte psicológica, muerte social, falta de apoyos suficientes, falta de afectos. (Gerra.et al, 2009).

Esta ayuda y contención no es algo que solo pueda ser desarrollado por profesionales de la salud mental, debido a que no es considerado una terapia psicológica, es importante tener en cuenta no intentar etiquetar a la persona ni mucho menos hacer diagnósticos, la

manera de abordar al paciente debe evitar los interrogatorios invasivos y la presión psicológica. Si bien es cierto no existe una metodología única en este abordaje y manejo de pacientes suicidas por las cargas emocionales que acá se manifiestan y los factores de riesgo asociados, también es cierto que hay que mantener unas generalidades en la interacción, como, por ejemplo, carácter adaptable y flexible a las situaciones, calma, sensación de auto eficiencia, vinculación, empatía y esperanza. Los factores como la edad, cultura o subcultura, genero deben tenerse en cuenta pues en muchas ocasiones son los causantes de la ideación suicida. (Montenegro y Fonseca, 2017).

Existen diferentes formas de generar autolisis: asfixia, arma de fuego, materiales peligrosos como veneno, gas, elementos cortopunzantes, cada una de las situaciones y las dinámicas encontradas representa factores de riesgo tanto para el personal de salud, como para el paciente que amenaza con acabar con su vida, por este motivo se recomienda asegurar la escena antes de hacer contacto de cualquier tipo con el paciente. En el caso de amenaza con lanzarse desde el vacío, el personal que atiende debe abstenerse de hablarle al paciente desde el vacío pues esto podría incitarlo a lanzarse, el acceso a la interlocución debe realizarse desde el interior de la edificación. (Bomberos Bizkaia, 2016).

Antes de realizar la interacción con la víctima se recomienda tener en cuenta la consecución de la mayor cantidad de información acerca del paciente, nombre, edad, enfermedades mentales diagnosticadas, enfermedades físicas, si está bajo el efecto de sustancias psicoactivas el estado de ánimo que manifiesta, si está agresivo, tranquilo, agitado identificar las posibles causas de su decisión, establecer su grupo o subgrupo étnico, nivel socio económico, causas de la decisión, si ha manifestado en ocasiones anteriores intenciones de atentar contra su vida, o si lo ha intentado, aunado a esto debe tenerse en

cuenta si ha manifestado abiertamente su identidad de género, u orientación erótico afectiva y si alguno de estos factores tiene que ver con la decisión que intenta tomar, por otro lado los familiares y amigos deben estar lejos de la víctima, pues en determinados casos pueden exacerbar las emociones negativas. (Bomberos Bizkaia,2016).

Escuchar a las personas sin sobre estimularlas es un factor clave para su tratamiento in situ, buscando centrarse en las necesidades y pensamientos inmediatos. Para esto se recomienda según (Montenegro y Figueroa, 2011) la escucha activa, este es un proceso que demanda paciencia, comunicación con la persona, ésta puede o no querer contar su historia, es importante permitir a la persona que cuente su historia de manera tranquila y a su propio ritmo, en ocasiones y con el fin de cambiar el foco de atención se recomienda acompañar a la persona por unos pocos minutos, en silencio, pues estos espacios de silencio son importantes para que éste cuente su historia en el momento que se sienta cómodo y preparado de manera espontánea, lo importante es transmitir el mensaje que allí hay otro ser humano que lo escucha, sin juzgar y está presto a ayudar en lo que la persona necesite porque comprende lo que pasa. Cuidarse del Furor Curandis el impulso irreflexivo por hacer algo, pues esto podría llevar a hacer o decir cosas que dañen a la persona.

Metodología.

Esta Guía, tiene como objetivo ser un apoyo a las entidades de primera respuesta a emergencias dando un adiestramiento al personal sobre las variables conductuales y de género que deben ser tenidas en cuenta a la hora de disuadir a una persona que intenta cometer un acto autolesivo. Es importante tener en cuenta las variables de genero pues ha sido

invisibilizada a lo largo del tiempo, entender las variables sociales, clínicas, psicológicas que circundan los actos suicidas, con el fin de permitir el adecuado abordaje de la situación, dando espacios a las víctimas de establecer en el sitio una posibilidad para la desmovilización emocional, y la consideración de la decisión que se pretende tomar.

El desconocimiento de las adecuadas maneras de actuación, de los elementos que están alrededor de los intentos suicidas, potencializa la materialización de la acción. Esta guía pretende, preservar la vida de personas víctimas de diversas emociones, patologías, o situaciones sociales derivadas de su identidad de género, orientación sexual, o erótico afectivo en el momento más crítico de su intención suicida.

Si bien es cierto pertenecer a una comunidad históricamente vulnerada en derechos es un factor de riesgo por las implicaciones emocionales y cognitivas, también es cierto que la mayoría de las personas LGBT que experimentan factores estresantes en su ambiente como discriminación, rechazo social, homofobia, bullying, acoso, rechazo social no tienen conductas suicidas. El abordaje, socialización, prevención de la conducta suicida debe realizarse de manera profesional, atendiendo a las publicaciones científicas y estudios empíricos, pues en la medida en que los medios de comunicación muestran la conducta suicida como una respuesta natural puede promoverse una aceptación de la práctica suicida llamada también contagio de la conducta suicida o el efecto Werther.

Así pues, el objetivo de esta guía es atender los casos que se presentan en el momento más álgido de la amenaza suicida, con el fin de evitar en ese momento el suicidio, atendiendo a las recomendaciones de arriba, atención empática, escucha activa, precaución en el discurso, la interpretación, y las intervenciones verbales que se den a una persona que

amenaza con suicidarse, manteniendo la seguridad propia, de los transeúntes, vecinos, y paciente sin exacerbar sus emociones negativas.

Objetivo General.

Generar una guía metodológica desde un enfoque diferencial, en la atención de personas que amenazan con acabar con su vida.

Objetivos Específicos.

1. Preservar la vida a corto plazo de personas que, por su identidad de género y orientación erótico-afectiva amenazan con acabar su vida, por su propia cuenta.
2. Establecer estrategias de abordaje, y conexión empática en busca de una comunicación fluida.
3. Identificar los principales errores en la comunicación de pacientes con ideología de género diversa que amenazan con el suicidio.

Fase 1.

Recopilación bibliográfica por medio de bases de datos, artículos científicos, libros, entrevistas a personal de salud, y atención de emergencias, en donde especifiquen su actuación en estos casos, y generalidades de los pacientes suicidas, con el fin de ser comparados con los informes estadísticos del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Modelos de atención psicológica desde el enfoque cognitivo-conductual, también serán consultados, búsqueda de guías con contenidos similares, leyes y políticas para el territorio nacional, marco de actuación para el distrito capital, documentos que expliquen la perspectiva de género, las implicaciones de una identidad de género diversa, y

las implicaciones a nivel psicológico y de salud mental que esta tiene sobre las personas, con el fin de justificar una guía de actuación, sobre el problema de salud pública en el que se convirtió el suicidio, y la importancia de dar un enfoque diferencial a personas que por su orientación sexual e identidad de género han desarrollado ideación suicida.

Fase 2. Análisis de las entrevistas de personas que han presenciado suicidios (Apéndices A y B) y han atendido los casos suicidas, para lograr identificar las principales falencias en la atención. Desde el enfoque cognitivo-conductual se adoptarán elementos, en el momento de tener Contacto para la atención inicial, estos pueden guiar el marco de actuación para facilitar el abordaje, la comunicación, la empatía con el paciente. Comparar las guías de atención en crisis, y casos suicidas se hace necesario, puesto que existen diversos factores a tener en cuenta, mientras una persona está atravesando por un momento de crisis, el inadecuado trato del paciente, puede desencadenar la consumación del suicidio.

Fase 3. Luego de realizar los respectivos análisis de la información, de los estudios empíricos y entrevistas realizadas, se procederá a realizar el paso a paso en el abordaje de los pacientes que amenazan con el suicidio, (**Guía de Atención para Primeros Respondientes Frente a Potenciales Suicidas, un Enfoque Diferencial** apéndice C), este paso a paso estará enfocado en el correcto arribo a la víctima, la propia identificación, el tono de voz, el lenguaje corporal, las técnicas para facilitar el Rapport, las frases de las que debe abstenerse el personal que atiende a la víctima, las expresiones más adecuadas en la comunicación, los factores a tener en cuenta a nivel ambiental, organizacional pues estos inciden en las decisiones que pueda tomar el paciente.

Población Objeto.

Esta guía está dirigida a personal de la salud enfermeros, psicólogos, policía, entidades de socorro, con y sin formación en psicología ni primeros auxilios psicológicos, como también a oenegés de rescate y capacitación, que atiendan emergencias médicas, psicológicas y psiquiátricas con el fin de preservar la vida de los posibles suicidas, mejorar la calidad en el trabajo sin exacerbar las emociones negativas que inducen al suicidio.

Resultados

El suicidio es un fenómeno multicausal, existen factores que predisponen a los potenciales suicidas y factores de riesgo que pueden aumentar el riesgo de consumación del acto, como también factores que funcionan como protectores pues pueden evitar que la ideación suicida se materialice. Las poblaciones LGBTI son poblaciones que debido a los factores externos estresores como discriminación, bullying, maltrato entre otros derivados de su orientación sexual, tienen elevados factores de riesgo, sin embargo, no todas las personas de la comunidad LGBTI tienen ideación suicida, ni están en riesgo suicida. El acto suicida puede ser consumado en diferentes épocas de la vida, del año y en general hay una mayor prevalencia de actos suicidas en hombres que en mujeres pues por cada mujer que se suicida hay cuatro hombres que lo hacen, por otro lado, por cada suicidio hay veinte intentos en Colombia por esa causa se ha desarrollado una guía con el espíritu de controlar en el sitio el intento suicida.

Conclusiones

El suicidio es un problema de salud publica que debe ser atendido pues de lo contrario las pérdidas humanas seguirán aumentando con el paso del tiempo como lo ha mostrado la historia, Tener especial cuidado en la promulgación de las políticas contra el suicidio es clave ´pues mostrar a una comunidad que el suicidio es una opción para la eliminación de los problemas, acentúa la ideación suicida en una población. Si bien es cierto la guía intenta contener la amenaza suicida en el momento, también es cierto que este es solo la contención del primer eslabón, pues de no implementarse las políticas públicas de la nación de manera eficiente, no hay mayor beneficio en aplazar un intento que tiene el potencial de repetirse aun mas en poblaciones vulnerables como la LGBTI.

Referencias

- Barraca, J. (2009) La Activación Conductual (Ac) y La Terapia de Activación Conductual Para la Depresión (Tacd). Dos Protocolos de Tratamiento Desde el Modelo de la Activación Conductual. *EduPsykhé.*, Vol. 8. (p)23-50
- Barroso, A. (2019). Comprender el Suicidio Desde una Perspectiva de Género: Una Revisión Crítica Bibliográfica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 39(135):51-66doi: 10.4321/S0211-57352019000100004
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352. doi:10.1037/0022-006x.47.2.343
- Beck, A., Rush, J., Shaw, G., Emery, G., Press, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2), 275–278. doi:10.1046/j.1440-1614.2002.t01-5-01015.x
- Boletín de salud mental Conducta suicida. (2018) Subdirección de Enfermedades No transmisibles
- Cedillo, C. (2017) Ideación Suicida en Hombres Gay y Bisexuales Jóvenes. *Revista Electrónica sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación*. Vol. 4, Núm. 8
- Cortés, P., Figueroa, R. (2011). Manual ABCDE para la Aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos. En Crisis Individuales y Colectivas
- De la Torre, (2013). Protocolo Para la Detección y Manejo Inicial de la Ideación Suicida. *Universidad Autónoma de Madrid*.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS, 2015
- Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM, 2015
- Garibay, C., Fonseca, C. (2017) Guía De Campo Para La Primera Ayuda Psicológica.
- Guerra, J., Lerma, A., Haramburo, M. (2009) Técnicas Psicológicas de Rescate en Intentos de Suicidio. *Emergencias* 22: (p)381-383.
- Hernández-Bringas, H. H. & Flores-Arenales, R. (2011). El Suicidio en México. *Papeles de Población*, 17(68), 69-101.

Hill, RM., Pettit JW. Suicidal Ideation and Sexual Orientation in College Students: The Roles of Perceived Burdensomeness, Thwarted Belongingness, and Perceived Rejection due to Sexual Orientation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012; 42:567-79.

Instituto Nacional de Medicina Legal -INML. (2016). Medicina legal. Forensis: Datos para la Vida. Obtenido de <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60>

Jiménez-Ornelas, R. A., & Cardiel-Téllez, L. (2013). El Suicidio y su Tendencia Social en México: 1990-2011. *Papeles de Población*, 19(77), 205-229.

Ortiz, L., García.M.(2005). Efectos de la Violencia y la Discriminación en la Salud Mental de Bisexuales, Lesbianas y Homosexuales de la Ciudad de México. *Cad. Saude Pública*, 21(3), 913-925.

Perdomo, M. E. (2012). Conducta Suicida en Boyacá, Un Tema Para Tener en Cuenta. Suicidios Consumados 2004 a 2011. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Boletín Epidemiológico -CRRV, Regional Oriente*, 3(1), 1-12.

Pineda, C. A. (2013). Factores Asociados con Riesgo de Suicidio de Adolescentes y Jóvenes Autoidentificados Como Lesbianas, Gays y Bisexuales: Estado Actual De la Literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(4), 333-349.

Procedimiento de Actuación ante Amenazas de Suicidio Bomberos Bizkaia.(2016)

Raheb, C. (2009) Suicidio y Conducta Suicida en la Infancia y La Adolescencia. España: Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Suicidio_Ninos_Adolescentes.pdf

Toro, R., Vianchá, M., Martínez, L., Pérez, M. (2018). Conducta Suicida en Boyacá.

Toro, R. (2013). Conducta Suicida: Consideraciones Prácticas Para La Implementación De La Terapia Cognitiva. *Psychologia: avances de la disciplina*. Vol. 7 | p. 93-102

WHO, World Health Organization. (2012). For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. Available at http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf

Apéndice A

Caso paciente con intención Suicida Aparente.

Entrevista.

Sexo de quien atiende. Masculino

Edad. 38 años

Institución. Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá

Grado Sargento de Bomberos, jefe del Equipo Técnico de Rescate. Estación Ricaurte.

Atención de Casos Suicidas en 20 años: 60 aproximadamente

Fatales 8-10

Método Asfixia mecánica, Salto desde alturas, Proyectoil de arma de fuego.

Casos donde ha presenciado el suicidio sin poder evitarlo: 2

Procedimiento de Actuación:

No hay un método establecido en Bogotá, el conocimiento que ha pasado de manera oral de generación en generación. Se está realizando procedimiento para la institución. Sin embargo, es Secretaria de Salud la encargada del procedimiento y por ese motivo Bomberos actúa como apoyo técnico.

Causas que ha Evidenciado: La mayoría de los incidentes de índole pasional,

Parámetros a tener en cuenta.

- Condición de la persona enfermedad base psicológico tratamiento
- Generar empatía para imaginarse la sensación de la persona
- Estrato socioeconómico.
- Acercamiento verbal, cuáles son sus demandas necesidades y lo que le sucedió, análisis rápido de la situación por ir al mando
- Contextualizarse y hablar de acuerdo con su condición social

- Si esta bajo los efectos del alcohol o alguna sustancia psicoactiva
- Mantener al paciente conectado con la conversación para evitar que se disperse
- Evaluar los movimientos la confianza con que se mueve por ejemplo en torre alta. Movimientos con miedo denotan poca decisión en la acción suicida porque se evidencia miedo y ganas de preservar la vida
- Persuadir al paciente
- Avanzar poco a poco hacia el paciente, si el paciente no muestra movimientos bruscos o se aleja se entiende que no hay decisión clara, si el paciente se aleja y se va eso denota decisión
- Debido a la distancia en donde están los pacientes los psicólogos no llegan, por ese motivo el bombero debe realizar las labores de soporte psicológico aun cuando no tienen la preparación, a su vez el psicólogo no tiene la pericia para el trabajo en alturas en los casos en que los pacientes se suben a las torres.

Descripción de Caso presenciado

Persona en el norte de la ciudad sobre torre de 80 metros, se percibe decisión. El rescate era complejo pues la estructura que no resistía más de una persona, el rescate debía realizarse solo si la persona accedía a descender por sus propios medios ya que la maquina escalera de la institución solo llego a la mitad de la torre. Se intento crear vinculo empático sin embargo no fue efectivo.

Se evidenció:

- Actitud tranquila, manifestaba decepción, decisión.
- Cuando la persona llega a la punta de la antena y se pone de pie mostrando poco miedo y decisión de la acción
- Desprendimiento de pertenencias, cartas anillos billetera.
- Juega es confiado y dinámico en los movimientos sobre la torre mostrando decisión
- Lo ultimo que hizo fue botar una carta y saltar frente a todos.

Apéndice B

Caso Paciente sin Intención Suicida Evidente

Sexo de quien atiende. Masculino

Edad. 36 años

Institución. Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá

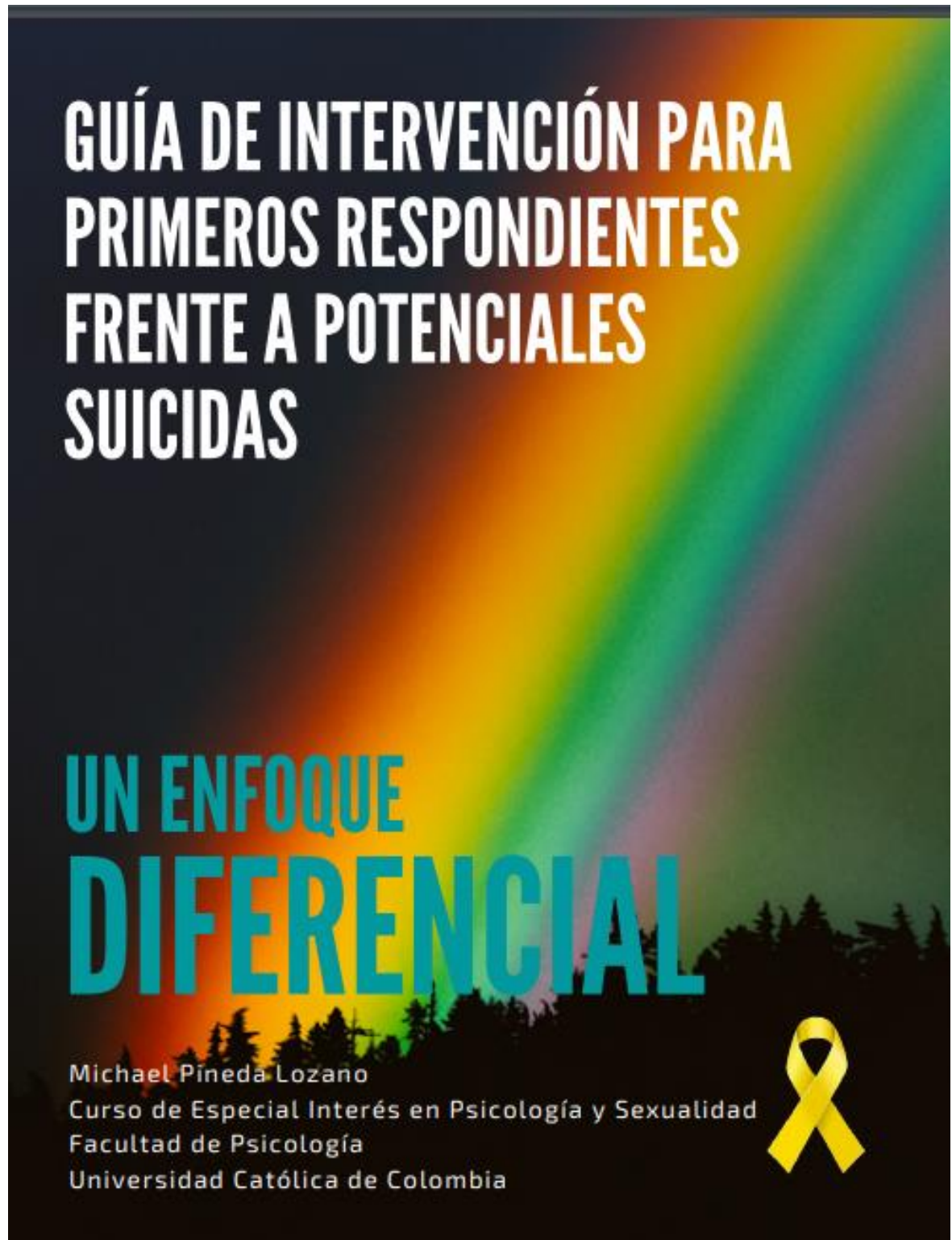
Grado Cabo de Bomberos Estación Cedritos

Solicitud de familiar a causa de paciente que amenazaba con suicidarse. Paciente tranquila, aseguraba que el novio y exnovio le habían hecho daño, manifestaba que no quería tener interacción con hombres, se resguardaba con su perro. Tenía antecedentes psiquiátricos había amenazas recurrentes de suicidio y de homicidio hacia su novio.

Al llegar Secretaria Distrital de Salud se torno agresiva, sostenía que había sido maltratada en ocasiones anteriores en instituciones de salud y por parte de la policía. La manera de contención del paciente fue física, y se le suministraron medicamentos para ser sedada, posteriormente fue llevada a un centro asistencial como lo establece el protocolo distrital.

No se observaba en ese momento una genuina intención de atentar contra la vida, las lecturas del personal indicaban que era un episodio a causa del trastorno que padecía, esto puede corroborarse ya que luego de mucho tiempo de estar sola y atender a las personas que intentaban ayudarla mantenía la calma a la espera de una atención profesional.

Apéndice C. Producto



GUÍA DE INTERVENCIÓN PARA PRIMEROS RESPONDIENTES FRENTE A POTENCIALES SUICIDAS

UN ENFOQUE DIFERENCIAL

Michael Pineda Lozano
Curso de Especial Interés en Psicología y Sexualidad
Facultad de Psicología
Universidad Católica de Colombia





GUÍA DE INTERVENCIÓN PARA PRIMEROS RESPONDIENTES FRENTE A POTENCIALES SUICIDAS. UN ENFOQUE DIFERENCIAL

AUTOR

Michael Pineda Lozano

mspineda29@ucatolica.edu.co

+57 3204526719

Trabajo de Grado para obtener el título de Psicólogo

Director: Fernando Germán González González

Curso de Especial Interés en Psicología y Sexualidad

Facultad de Psicología

Universidad Católica de Colombia

2020

A las víctimas de discriminación por su orientación erótico-afectiva e identidad de género, a sus familias y al personal de servicios de salud, que, por falta de herramientas, tuvieron que padecer el drama del suicidio

TABLA DE

GUÍA DE INTERVENCIÓN PARA PRIMEROS RESPONDIENTES



06

DEFINICIONES

Conceptos importantes para entender el suicidio y su enfoque diferencial.

08

CAUSAS DE SUICIDIO

¿Por qué las personas se suicidan?

10

SUICIDIO EN LGBTI+

Factores de riesgo en personas sexualmente diversas.

12

FACTORES DE RIESGO

Situaciones que incrementan la conducta suicida.

CONTENIDO

FRENTE A POTENCIALES SUICIDAS, UN ENFOQUE DIFERENCIAL

13

CIFRAS Y DATOS

Suicidio, cuarta causa de muerte violenta en Colombia.

23

INTERVENCIÓN

¿Cómo responder frente a potenciales suicidas? Guía de intervención.

28

FACTORES PROTECTORES

Situaciones que pueden ayudar a prevenir la conducta suicida.

29

RUTAS DE ATENCIÓN

Herramientas de gestión intersectorial y sectorial para la atención del bullying y la conducta suicida.



SEPTIEMBRE 10

DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

Según la publicación *¿Cómo hablar sobre el suicidio y las poblaciones LGBTI? (2017)*, en los últimos años, se han realizado estudios que indican una mayor prevalencia de intentos de suicidio en personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero.

últimos años, se han realizado estudios que indican una mayor prevalencia de intentos de suicidio en personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero.

MICHAEL PINEDA | 2016

FACULTAD DE PSICOLOGÍA - U. CATÓLICA DE COLOMBIA



¿QUÉ ES EL SUICIDIO?

El origen etimológico de la palabra suicidio, proviene del latín, cuyo prefijo *sui*, significa a sí mismo, y la palabra *caedere* que significa matar, esto constituye un acto de autolesión, que tiene como objetivo principal el acabar con la vida propia, de manera deliberada y libertaria, existen significativas diferencias entre el suicidio y la autolesión, pues en la autolesión no existe una intención explícita de acabar con la vida, al contrario del suicidio, pues esto constituye a la ideación suicida en donde se presenta un deseo de morir, con el establecimiento de un plan que cuente con un número básico de pasos, mientras que el intento, hace referencia a la acción sin intención (Barroso, 2019).


FACULTAD DE PSICOLOGÍA - U. CATÓLICA DE COLOMBIA

BY MICHAEL PINEDA



CAUSAS DEL SUICIDIO

según Beck, Kovacs y Weissman (1979), la idea de querer quitarse la vida se enmarca en un grupo de pensamientos que se hacen recurrentes, que pueden ser leves, moderados y hasta graves; su intensidad se constituye en la posibilidad de consumir el acto, o cuando menos de realizar un intento de suicidio con implicaciones a nivel de salud en caso de ser errado, este se constituye en un intento de suicidio. (Pineda, 2013). Según la WHO, World Health Organization (2012), el Suicidio es un acto con resultado fatal, que lleva a cabo una persona con un conocimiento previo al propósito y al hecho que se va a llevar a cabo con el fin de alcanzar un objetivo determinado. Este con el paso del tiempo se ha ido constituyendo en un problema de salud pública que ha ido tomando fuerza. Dentro del suicidio se establecen etapas previas como la ideación y el intento suicidas. Este se encuentra dentro de las diez primeras causas de muerte en el mundo, lo que significa que alrededor de 1.8% de muertes que hay en el mundo es a causa de suicidio. Cabe resaltar que las cifras de muerte por esta causa tienen variaciones significativas entre países, sin embargo, estas han aumentado en un 50% en los últimos diez años, sin contar que por cada suicidio existen al menos 20 intentos (De la Torre, 2013).



Algunas de las motivaciones para el intento y la ideación suicidas son el padecimiento de enfermedades mentales, los trastornos emocionales, las pérdidas de personas allegadas, la presión social, las enfermedades incurables y los mandatos religiosos, entre otros; el estudio de este fenómeno se denomina suicidiología, esta perspectiva ha establecido que la personas que han tenido ideación, planeación, e intento de suicidio se catalogan en el grupo de población con riesgo de suicidio (Pineda, 2013). Para esta población se han resaltado, desde la perspectiva cognitivo-conductual algunos factores de riesgo que podrían exacerbar la ideación y determinar la aparición de la conducta suicida; las personas tienen una idea pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, estableciendo una causa interna, estable y global acerca de eventos negativos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), una de las teorías que más aceptación ha tenido, es la que propone la aparición de sucesos estresantes que generan determinadas emociones en especial frustración, o rechazo, el deseo de escapar de esas situaciones debido a que en la evaluación interna del problema no se vislumbra otra salida, de esta manera la persona recurre al suicidio como su escapatoria (De la Torre, 2013).

Una de las particularidades es el método que se emplea para consumar el suicidio, debido a eso se determina también su letalidad, pues los hombres emplean métodos con más nivel de letalidad frente a los métodos de las mujeres, quienes no utilizan métodos tan letales, la mayoría de estos hombres son solteros, quienes cometen en mayor proporción en suicidio en su vivienda, las investigaciones posteriores al suicidio, determinaban que las causas más frecuentes eran problemas con sus familiares, y rupturas amorosas (Jiménez-Ornelas & Cardiel-Téllez, 2013).



Lesbian couple's suicide notes reveal stigma they face in India

by Annie Banerji | [Twitter](#) | [Facebook](#) | Thomson Reuters Foundation
Tuesday, 12 June 2016 16:26 GMT



MICHAEL PINEDA | 10

SUICIDIO EN PERSONAS LGBTI+

UN ENFOQUE DIFERENCIAL

Existen factores de riesgo que acentúan la conducta y la ideación suicidas en personas sexualmente diversas

La discriminación es un fenómeno con impacto directo en las personas que la padecen, pues limita el desarrollo, las potencialidades, los recursos y los servicios. Una de las poblaciones con altos niveles de rechazo social, es la población sexualmente diversa, los efectos de esta discriminación han acentuado la presión social a quienes no cumplen con los estándares heteronormativos hegemónicos impuestos; así pues, las personas sexualmente diversas ha restringido su movilidad y no asisten a lugares donde perciban actitudes de rechazo, si estos lugares son los servicios médicos, psicológicos y académicos el efecto desfavorable para la salud física y mental, con un deterioro en el autoconcepto y percibirá su diversidad sexual como algo negativo (Ortiz, García, 2005).

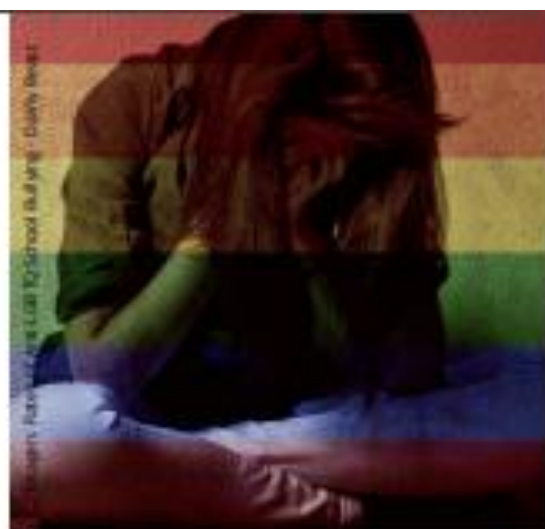
En un estudio realizado en Ciudad de México, en el que se analizaron los efectos sobre la salud mental con respecto a la ideación suicida, los intentos de suicidio, la percepción del estado de salud, los trastornos mentales y el alcoholismo, desde tres perspectivas de opresión como homofobia, percepción del estigma y

FACULTAD DE PSICOLOGÍA - U. CATÓLICA DE COLOMBIA

ocultamiento de la orientación sexual, con una muestra de 506 adultos de edad promedio de 29 años, con nivel de educación bachillerato y con orientación no heterosexual, se encontró que el 39,9% tenía ideación suicida, el 15% había tenido intentos de suicidio, el 27% padecía trastornos mentales comunes, y el 18% padecía de alcoholismo. Dentro del alcoholismo se observó una prevalencia siete veces mayor que en las mujeres con orientación sexual diversa, que las que en mujeres heterosexuales cisgénero (Ortiz, García, 2005). Los participantes con mayores niveles de homofobia internalizada estaban en mayor riesgo suicida; también mencionado en el Boletín de Salud Mental Conducta Suicida (2018) que las personas con mayor riesgo de suicidio son aquellas que pertenecen a grupos vulnerable objeto de discriminación como desplazados, comunidades indígenas, personas privadas de la libertad y personas LGBTI+.

La conducta suicida puede ser observada desde perspectivas neurobiológicas y psicológicas; así pues, la poca capacidad de controlar los impulsos y el ser muy propenso al dolor psicológico intenso, pueden tener su etiología en las predisposiciones genéticas y neurobiológicas, con incidencia en el sistema nervioso, tal como sucede con la segregación del neurotransmisor serotonina (Toro, 2013). Una de las teorías acerca de la causa de la depresión, la cual es uno de los factores de riesgo suicida según Fester (1973), como se citó en Barraca (2009), es la falta de reforzamiento de las conductas desadaptativas, y de ausencia de gratificación al contacto con otras personas, en donde se genera una fijación de las emociones depresivas y el repertorio de operantes adaptativos se hace menor, hasta llegar a un estado de pasividad general, así pues es de esperar que las conductas evitativas y las distorsiones cognitivas, acentúen la ideación suicida.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA - U. CATÓLICA DE COLOMBIA



ALGUNOS FACTORES DE RIESGO IMPORTANTES DEL SUICIDIO



1

INTENTOS DE SUICIDIO ANTERIORES

2

RELACIONES ABUSIVAS DE PAREJA

3

ABUSO SEXUAL



4

CONDICIÓN DE LA SALUD MENTAL

5

EXPOSICIÓN CONTINUA A MATONEO (BULLYING)

6

PÉRDIDA DE UN FAMILIAR O AMIGO A CAUSA DEL SUICIDIO

7

ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD FÍSICA

8

ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

9

CARENCIA DE REDES DE APOYO

10

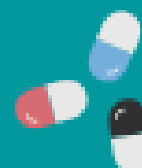
DESEMPLEO O RETIRO

11

RECHAZO O AISLAMIENTO SOCIAL

12

MUERTE RECIENTE DE ALGÚN FAMILIAR O AMIGO CERCANO



Según Guerra, Lerma, Haranburu (2009), en su texto "Técnicas Psicológicas de Rescate en Intentos de Suicidio", la conducta suicida es un elemento con características únicas en cada uno de los casos. En algunas situaciones la persona que hace un intento de suicidio lo realiza con la intención de hacer un llamado de atención, poniendo como estrategia el intento de autólisis sin un convencimiento pleno de quitarse la vida; sin embargo en otras situaciones hay quienes sí planean hacerlo, aquellas persona con serias intenciones en quitarse la vida constituyen una situación de riesgo contundente. Los pensamientos suicidas pueden tener distintas causas, estos pueden ser el resultado de sentimientos que no se pueden afrontar cuando se presenta una situación abrumadora en la que se siente que el suicidio es la única salida. También puede existir una propensión genética al suicidio. Las personas que cometen suicidio o que tienen pensamientos o conductas suicidas suelen tener antecedentes familiares de suicidio.

CIFRAS & DATOS

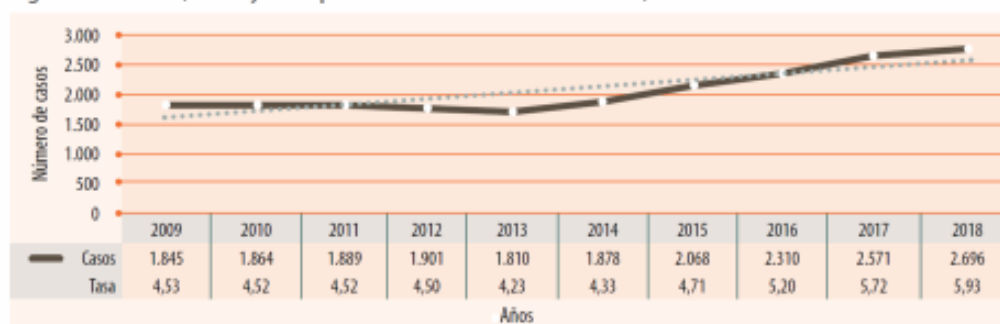
El Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCRNV), dependencia de la Subdirección de Servicios Forenses del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia, publicó en el año 2019, una herramienta para la interpretación, intervención y prevención de causa externa en Colombia, titulada "Forensis 2019. Datos para la Vida" fundamentada en un diseño de estudio descriptivo de prevalencia o corte transversal poblacional acerca de la muerte violenta en Colombia. En 20 páginas de 434, exponen todos los datos del comportamiento del suicidio en Colombia en su última década. A continuación se recopilarán los datos más importantes contenidos en ese estudio investigativo:

"En los años comprendidos entre el 2009 y el 2018, hubo un total de 20.832 suicidios, con una media estimada de 2.083 casos por año según cifras reportadas en el sistema de información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Actualmente el suicidio representa el 10,4 % de las muertes por causa externa. El mayor número de suicidios registrados en la última década se dio en el año 2018, con 125 casos más que el año anterior y 855 más que en el año 2008".

"El suicidio acontece en un significativo porcentaje de la población joven (43,36 %), personas entre 20 a 39 años de edad, en su mayoría son hombres (82,34 %). Es preocupante el aumento progresivo de las conductas suicidas en niños, niñas y adolescentes (entre los 5 y 17 años de edad), con una representación del 10,53 % del total de los casos de este acto fatal durante el año 2018. Prevalece en los suicidios la utilización de mecanismos generadores de asfixia (66,77 %), seguido por el uso de sustancias tóxicas (15,17 %) para ambos sexos".

"Es significativo que en el área urbana ocurren el 73,18 % de los descensos por suicidio y el 77,18% en las viviendas de las víctimas. Los departamentos que presentaron el mayor número de casos fueron: Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander y Atlántico, y las ciudades que puntúan con el mayor número de casos de suicidio son: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla".

Figura 1. Suicidios, casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia, años 2009 - 2018.



Fuente: INVOLCF / GCRNV / SIRDÉC.

Nota: Tasas calculadas con base en la proyección de poblaciones DANE 2005-2020.

"Al analizar la Figura 1 se resalta la dinámica ascendente anual de las lesiones autoinflingidas intencionalmente pasando de 1.878 casos en el 2014 y llegando a 2.696 suicidios en el año 2018; con un incremento anual que oscila alrededor del 8,3 %. El mayor número de suicidios registrados en la última década corresponde al año 2018, con 125 casos más que el año anterior y 855 muertes adicionales por esta causa de muerte con respecto al año 2008".

"La tasa por 100.000 habitantes para el fenómeno del suicidio en Colombia registra un incremento progresivo en la última década, se pasó en el año 2009 de 4,53 a 5,93 casos por 100.000 habitantes en el año 2018. Es importante anotar que en el periodo comprendido entre 2009 a 2018 el promedio fue de 4,82 casos por cada 100.000 habitantes".

En las siguientes gráficas y figuras se describen estadísticamente datos diferenciales respecto a hombres y mujeres, con relación a las variables grupo etario, grado de escolaridad, estado civil, factor de vulnerabilidad, mecanismo causal, razón del suicidio, zona de ocurrencia, escenario del hecho, día de la semana del hecho y rango de hora.

Tabla 1. Suicidios según grupo de edad y sexo de la víctima. Colombia, año 2018.

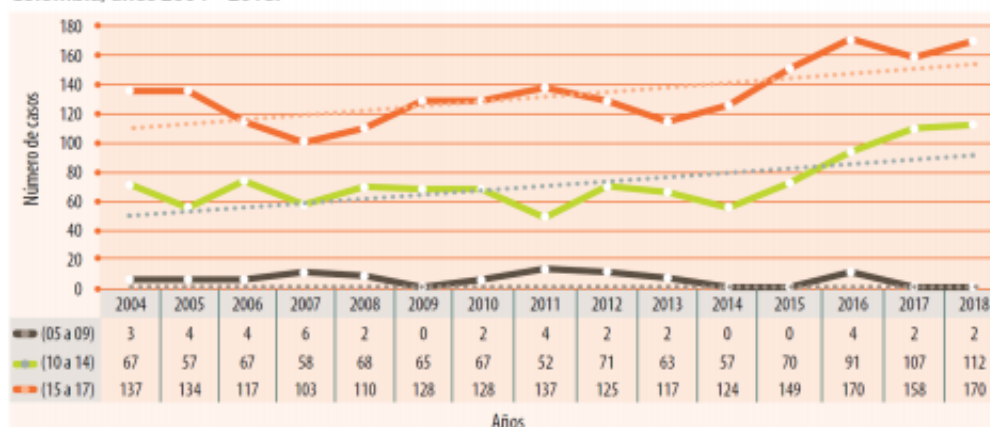
Grupo de edad	Hombre			Mujer			Total		
	Casos	%	Tasa x 100.000 hab	Casos	%	Tasa x 100.000 hab	Casos	%	Tasa x 100.000 hab
(05 a 09)	2	0,09	0,09	-	0,00	0,00	2	0,07	0,05
(10 a 14)	56	2,52	2,58	56	11,76	2,69	112	4,15	2,63
(15 a 17)	105	4,73	8,03	65	13,66	5,18	170	6,31	6,64
(18 a 19)	112	5,05	12,78	32	6,72	3,80	144	5,34	8,38
(20 a 24)	318	14,32	14,49	73	15,34	3,47	391	14,50	9,09
(25 a 29)	260	11,71	12,32	53	11,13	2,61	313	11,61	7,56
(30 a 34)	212	9,55	11,31	34	7,14	1,81	246	9,12	6,56
(35 a 39)	178	8,02	10,86	41	8,61	2,37	219	8,12	6,50
(40 a 44)	131	5,90	8,95	27	5,67	1,73	158	5,86	5,22
(45 a 49)	166	7,48	12,25	26	5,46	1,76	192	7,12	6,77
(50 a 54)	137	6,17	10,29	25	5,25	1,70	162	6,01	5,78
(55 a 59)	148	6,67	12,72	14	2,94	1,07	162	6,01	6,57
(60 a 64)	120	5,41	13,16	11	2,31	1,06	131	4,86	6,70
(65 a 69)	96	4,32	14,05	10	2,10	1,26	106	3,93	7,17
(70 a 74)	67	3,02	13,95	5	1,05	0,86	72	2,67	6,78
(75 a 79)	59	2,66	18,84	2	0,42	0,49	61	2,26	8,44
(80 y más)	53	2,39	17,35	2	0,42	0,45	55	2,04	7,30
Total	2.220	100	9,92	476	100	2,06	2.696	100	5,93

Fuente: INMLCF / GCRNV / SIRDEC.

Nota: Tasas calculadas con base en la proyección de poblaciones DANE 2005-2020.

"En Colombia la conducta suicida para el año 2018 fue consumada en un porcentaje mayor por hombres (2.220, 82,34 %) que por mujeres (476, 17,65 %); se puede establecer que la relación hombre - mujer es de 4,66, mayor a la de los años anteriores que oscilaban entre 4,40, valor que sobrepasa a la estimada para Suramérica (4,0) de acuerdo con el estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (2 pág. 5). Por tanto, se establece que en el periodo de tiempo analizado se presentó un suicidio consumado en aproximadamente cuatro hombres por cada mujer. Con respecto al año anterior hubo un incremento en 125 casos para hombres únicamente".

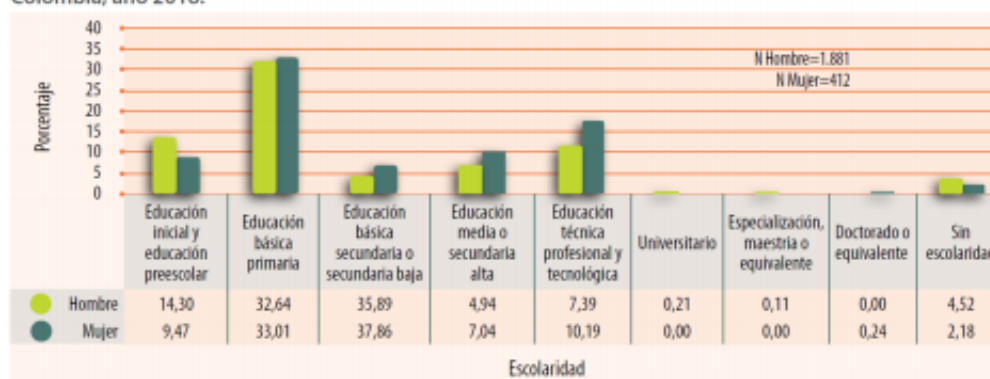
Figura 2. Suicidios en niños, niñas y adolescentes, según grupo de edad y año del hecho. Colombia, años 2004 – 2018.



Fuente: INMLCF / GCRNV / SURDEC.

"Entre los factores sociodemográficos para analizar las conductas suicidas está el nivel de educación registrado en el 85,05 % de la población que murió en el año 2018. El 87,26 % contaba con niveles básicos de educación con predominio de la secundaria (831, 36,24 %), seguido de la primaria (750, 32,71 %); sin embargo, el 14,84 % de los casos, 403 necropsias, no se cuenta con el registro de esta información; lo cual está correlacionado con los resultados arrojados por la encuesta de salud mental aplicada a personas que han pensado en suicidarse. Se resalta que las mujeres presentaban un mayor nivel de escolaridad y capacitación frente a los hombres (Figura 3) que consumaron el acto suicida".

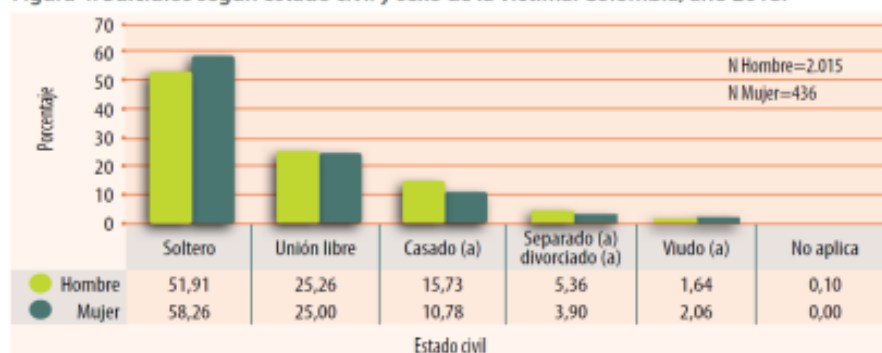
Figura 3. Suicidios, porcentaje según escolaridad y sexo de la víctima. Colombia, año 2018.



Fuente: INMLCF / GCRNV / SURDEC.

Nota: Se excluyen 403 casos sin información (339 hombres y 64 mujeres).

Figura 4. Suicidios según estado civil y sexo de la víctima. Colombia, año 2018.



Fuente: INMLCF / GCRNV / SIRDEC.

Nota: Se excluyen 245 casos sin información (205 hombres y 40 mujeres).

"Al analizar la Tabla 2 se establece que en el 4,36 % de las víctimas de suicidio consumado correspondían a personas campesinas o trabajadores del campo, seguido del 3,34 % correspondiente a ciudadanos con problemas de adicción a las drogas naturales o sintéticas".

Tabla 2. Suicidios según factor de vulnerabilidad y sexo de la víctima. Colombia, año 2018.

Factor de vulnerabilidad	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Campeños (as) y/o trabajadores (as) del campo	93	4,60	15	3,42	108	4,39
Persona adicta a una droga natural o sintética	75	3,71	7	1,60	82	3,34
Grupos étnicos	25	1,24	22	5,02	47	1,91
Persona en condición de desplazamiento	10	0,50	7	1,60	17	0,69
Comunidad LGBT	10	0,50	3	0,68	13	0,53
Personas bajo custodia	11	0,54	-	0,00	11	0,45
Funcionarios judiciales	6	0,30	-	0,00	6	0,24
Maestro/Educador	3	0,15	2	0,46	5	0,20
Persona habitante de la calle	2	0,10	1	0,23	3	0,12
Personas que ejercen actividades relacionadas con la salud en zonas de conflicto	2	0,10	1	0,23	3	0,12
Líderes cívicos	1	0,05	1	0,23	2	0,08
Concejales	1	0,05	-	0,00	1	0,04
Discapacitados	1	0,05	-	0,00	1	0,04
Ex convictos (as)	1	0,05	-	0,00	1	0,04
Miembros de Organizaciones No Gubernamentales (ONG)	1	0,05	-	0,00	1	0,04
Personas que ejercen actividades políticas	1	0,05	-	0,00	1	0,04
Recicladores	1	0,05	-	0,00	1	0,04
Ninguno	1.654	81,88	345	78,77	1.999	81,33
Otro	122	6,04	34	7,76	156	6,35
Total	2.020	100	438	100	2.458	100

Fuente: INMLCF / GCRNV / SIRDEC.

Nota: Se excluyen 238 casos sin información (200 hombres y 38 mujeres).

Tabla 3. Suicidios según mecanismo causal y sexo de la víctima. Colombia, año 2018.

Mecanismo causal	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Generadores de asfixia	1.500	67,57	300	63,03	1.800	66,77
Tóxico	278	12,52	131	27,52	409	15,17
Proyectil de arma de fuego	282	12,70	5	1,05	287	10,65
Contundente	102	4,59	32	6,72	134	4,97
Cortopunzante	33	1,49	3	0,63	36	1,34
Cortante	12	0,54	3	0,63	15	0,56
Térmico	7	0,32	-	0,00	7	0,26
Caústico	2	0,09	2	0,42	4	0,15
Agentes y mecanismo explosivo	3	0,14	-	0,00	3	0,11
Cortocontundente	1	0,05	-	0,00	1	0,04
Total	2.220	100	476	100	2.696	100

Fuente: INMLCF / GCRNV / SIRDEC.

"En tanto a los posibles motivos para cometer el acto suicida, tanto para hombres como para mujeres está en primer lugar las enfermedades físicas o mentales 28,35 %, seguido de las razones sentimentales por conflicto de pareja o ex pareja 25,04 %, las razones económicas se encuentran como el tercer motivo 15,19 % para acudir al suicidio en los hombres y en las mujeres el desamor 14,14 %".

Tabla 4. Suicidios según razón y sexo de la víctima. Colombia, año 2018.

Razón del suicidio	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Enfermedad física o mental	273	27,22	78	33,19	351	28,35
Conflicto con pareja o ex pareja	261	26,02	49	20,85	310	25,04
Económicas	173	17,25	15	6,38	188	15,19
Desamor	136	13,56	39	16,60	175	14,14
Muerte de un familiar o amigo	22	2,19	8	3,40	30	2,42
Jurídicas	15	1,50	2	0,85	17	1,37
Escolares - educativas	8	0,80	5	2,13	13	1,05
Laborales	10	1,00	1	0,43	11	0,89
Bullying	4	0,40	4	1,70	8	0,65
Maltrato físico - sexual - psicológico	4	0,40	3	1,28	7	0,57
Suicidio de un familiar o amigo	1	0,10	2	0,85	3	0,24
Otras	96	9,57	29	12,34	125	10,10
Total	1.003	100	235	100	1.238	100

Fuente: INMLCF / GCRNV / SIRDEC.

Nota: Se excluyen 1.458 casos sin información (1.217 hombres y 241 mujeres).

Tabla 5. Suicidios según zona de ocurrencia y sexo de la víctima. Colombia, año 2018.

Zona de ocurrencia del hecho	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Cabecera municipal	1.616	73,32	363	77,07	1.979	73,98
Parte rural (vereda y campo)	485	22,01	96	20,38	581	21,72
Centro poblado (corregimiento, inspección de policía y caserio)	103	4,67	12	2,55	115	4,30
Total	2.204	100	471	100	2.675	100

Fuente: INMLCF / GCRNV / SIRDEC.

Nota: Se excluyen 21 casos sin información (16 hombres y 5 mujeres).

Tabla 6. Suicidios según escenario del hecho y sexo de la víctima. Colombia, año 2018.

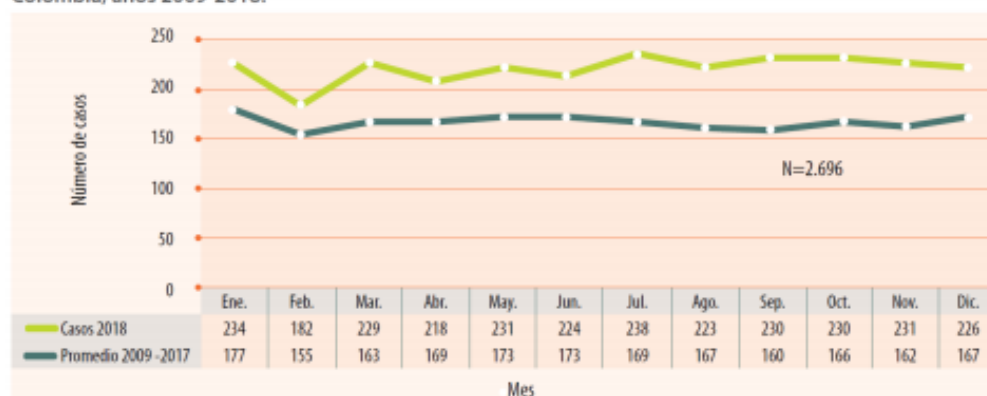
Escenario del hecho	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Vivienda	1.659	76,17	380	81,90	2.039	77,18
Vía pública	95	4,36	20	4,31	115	4,35
Espacios terrestres al aire libre (bosque, potrero, montaña, playa, etc.)	100	4,59	7	1,51	107	4,05
Lugares de hospedaje (hoteles, campamentos y otros tipos de hospedaje no permanente, moteles, etc.)	44	2,02	7	1,51	51	1,93
Centro de atención médica (hospital, clínica, consultorio, etc.)	35	1,61	15	3,23	50	1,89
Guarniciones militares y/o de policía	23	1,06	-	0,00	23	0,87
Centros de reclusión	16	0,73	1	0,22	17	0,64
Zonas de actividades agropecuarias	17	0,78	-	0,00	17	0,64
Espacios acuáticos al aire libre (mar, río, arroyo, humedal, lago, etc.)	13	0,60	3	0,65	16	0,61
Taller	11	0,51	-	0,00	11	0,42
Centros educativos	7	0,32	3	0,65	10	0,38
Establecimiento comercial (tienda, centro comercial, almacén, plaza de mercado)	7	0,32	3	0,65	10	0,38
Establecimiento industrial (fábrica, planta) y/o obras en construcción	8	0,37	2	0,43	10	0,38
Vehículo servicio particular	9	0,41	-	0,00	9	0,34
Calle (autopista, avenida, dentro de la ciudad)	7	0,32	-	0,00	7	0,26
Lugar público sin otra indicación	7	0,32	-	0,00	7	0,26
Terreno baldío	6	0,28	1	0,22	7	0,26
Áreas deportivas y/o recreativas	6	0,28	-	0,00	6	0,23
Carretera (fuera de la ciudad)	5	0,23	-	0,00	5	0,19
Lugares de cuidado de personas (hospicios, orfanatos, hogares geriátricos, etc.)	3	0,14	2	0,43	5	0,19
Oficinas y/o edificios de oficinas	4	0,18	-	0,00	4	0,15
Parqueaderos, estacionamientos	3	0,14	1	0,22	4	0,15
Lugares de esparcimiento con expendio de alcohol	2	0,09	1	0,22	3	0,11
Establecimientos de expendio de comidas (restaurantes, asaderos, salsamentarias, etc.)	2	0,09	-	0,00	2	0,08
Sitio de culto (capilla, iglesia, templo, etc.)	2	0,09	-	0,00	2	0,08
Establecimientos dedicados a la administración pública (cortes, juzgados, ministerios.)	1	0,05	-	0,00	1	0,04
Terminales de pasajeros	1	0,05	-	0,00	1	0,04
Vehículo servicio público	1	0,05	-	0,00	1	0,04
Otros	84	3,86	18	3,88	102	3,86
Total	2.178	100	464	100	2.642	100

Fuente: INMLCF / GCRNV / SIRDEC.

Nota: Se excluyen 54 casos sin información (42 hombres y 12 mujeres).

"En el año 2018 la frecuencia del fenómeno del suicidio presentó una tendencia al aumento constante para todos los meses, excepto para el mes de enero donde se evidenció un incremento significativo, 234 casos, 8,67 %, de las muertes por suicidio. Como en los años anteriores, el mes con el menor número de casos fue febrero con 182 (Figura 5). El promedio anual de suicidios en los diez últimos años fue de 2.003 casos, lo que corresponde a 166,91 % mensual; al hacer el comparativo con la dinámica de suicidios para el año 2018, se establece que el índice de suicidios aumentó significativamente en todos los meses del año, sobretodo en el mes de enero, junio y julio".

Figura 5. Suicidios según mes del hecho, comparativo últimos diez años. Colombia, años 2009-2018.



Fuente: INMLCF / GCRNV / SIRDEC.

"Igual que en los años anteriores, los días de la semana en que se presentaron más casos de suicidios durante el año 2018 correspondieron a domingo y lunes con 446, 16,54 % y 500, 18,55 % casos respectivamente (Figura 6). Con respecto al año 2017 el número de casos por días, aumentó progresivamente, excepto el martes que de 380 casos para el 2017 disminuyó a 352 muertes por suicidio".

Figura 6. Suicidios según día del hecho y sexo de la víctima. Colombia, año 2018.



Fuente: INMLCF / GCRNV / SIRDEC.

"En cuanto a la hora de ocurrencia del hecho, para el 67,39 % no se obtuvo información relacionada con esta variable por lo tanto estos casos se excluyeron del análisis de la variable hora del hecho. Los picos horarios más altos fueron en la jornada de 09:00 a 17:59 horas, periodo en el cual se presentaron 390, 44,36 % suicidios. El menor número de suicidios se presentó entre las 00:00 a 02:59 y 03:00 a 05:59 horas (Figura 7)."

Figura 7. Suicidios según rango de hora del hecho. Colombia, año 2018.



Fuente: INMLCF / GCRNV / SIRDEC.

Nota: Se excluyen 1.817 casos sin información.

El principal objetivo en una intervención de riesgo suicida es aplazar la decisión, tener las estrategias adecuadas permitirá a las personas que intervienen en el procedimiento, evitar el intento. El fracaso, tendría unos costos muy altos pues podría llegar a la consumación del acto suicida con la muerte, o la generación de lesiones permanentes. Es importante tener en cuenta las comorbilidades y otras variables de los pacientes que intentan un suicidio tales como intentos previos, estado de la salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades crónicas y/o terminales, identificar la causa de la ideación suicida, y si la intención es real, debe ser una prioridad, pues el paciente exteriorizará ideas como: que morir es mejor que estar vivo, y que morir es más fácil que alcanzar las posibles soluciones. Previo a la muerte biológica puede presentarse muerte psicológica y muerte social (Guerra et al, 2009).

Esta ayuda y contención no es algo que solo pueda ser desarrollado por profesionales de la salud mental, debido a que no es considerado una terapia psicológica, es importante tener en cuenta no intentar etiquetar a la persona ni mucho menos hacer diagnósticos, la manera de abordar al paciente debe evitar los interrogatorios invasivos y la presión psicológica. Si bien es cierto no existe una metodología única en este abordaje y manejo de pacientes suicidas por las cargas emocionales que acá se manifiestan y los factores de riesgo asociados, también es cierto que hay que mantener unas generalidades en la interacción, como, por ejemplo, carácter adaptable y flexible a las situaciones, calma, sensación de auto eficiencia, vinculación, empatía y esperanza. Los factores como la edad, cultura o subcultura, y género, deben tenerse en cuenta pues en muchas ocasiones son los causantes de la ideación suicida (Montenegro y Fonseca, 2017).

Imagen: Suicidio - Isabel Bordonaba Beltrán

QUÉ HACER FRENTE A POTENCIALES SUICIDAS

UNA GUÍA PARA PRIMEROS RESPONDIENTES

INTERVENCIÓN IN SITU

La intervención en el sitio no es una terapia psicológica, es una herramienta, guía de actuación para personas con y sin formación en salud mental. El objetivo principal de esta intervención es disuadir al paciente de suicidarse en el momento, es decir que aplase su acto. Posteriormente el paciente debe recibir atención profesional, pues la ideación suicida debe ser atendida o habrán nuevos intentos de suicidio.



1

- Es recomendable que la persona que inicia la intervención sea quien realice todo el proceso hasta finalizar, es deseable la compañía de otra u otras personas que estén apoyando.
- Rápidamente indagar y recopilar toda la información que sea posible acerca de la persona. Es importante tener en cuenta que la información de terceros no es del todo fiable, es deseable la habilidad de distinguir la información relevante que pueda ser útil para comprender a la persona.
- Hacer que el escenario sea lo más privado y aislado posible, libre de observadores que sin que así lo quieran "alienten" la conducta suicida creando una situación avergonzante para la persona.
- Asegurar la escena. Identificar elementos que pueden hacer daño a la víctima y al personal que lo atiende, tales como objetos contundentes y/o cortopunzantes. Identificar el mecanismo con el que el paciente amenaza autolesionarse, tenerlo focalizado ayudará a neutralizarlo en la primera oportunidad posible.
- En caso de que se trate de una amenaza de saltar al vacío el personal debe cerciorarse de los elementos textiles y metálicos a los cuales se debe asegurar el profesional, en caso de salto o forcejeo el personal de salud debe contar con todas las medidas de seguridad.

2

- Establecer comunicación verbal y no-verbal. Evitar "razonar" pues se debe eludir el reforzamiento de las razones por las cuales la persona quiera quitarse la vida. Se trata de ganar tiempo para controlar la impulsividad y proximidad para aprovechar cualquier oportunidad de intervención física.
- El acercamiento debe ser lento y tranquilo, la persona que asiste debe identificarse con su nombre de manera cautelosa y sin movimientos bruscos, mostrar las manos le permitirá ver a la víctima que no se le hará daño.
- Se debe hablar al paciente por su nombre, establecer un suave contacto visual, el contacto físico debe pretenderse con suma cautela, no debe tocarse si hay sospecha de reacción violenta.
- Hablar lenta, pausadamente y sin titubeos, transmitir tranquilidad es muy importante.

3

- Se debe identificar en la medida de lo posible por qué episodio pasa la víctima, si ha consumido alguna sustancia psicoactiva, si es un episodio a causa de algún trastorno, si ha habido episodios anteriores o si es un episodio aislado.
- Explicar lo que se va a hacer en todo momento, por ejemplo, a la hora de acercarnos, informar previamente.
- Mostrar una conducta empática, estable, evitando juicios personales (tanto verbales como no verbales) e intentando en todo momento comprender la situación que la persona está viviendo.
- Familiarizarse con el contexto social y cultural, comprender el marco de valores y creencias de la persona que se está asistiendo.
- Validar al paciente asintiendo con la cabeza, parafrasear sus ideas, por ejemplo "entiendo", "estoy acá para apoyarte", "tienes derecho a sentirte así"; adoptar la posición corporal de la víctima.

4

- La conversación puede llevar tiempo, si es posible se pueden usar preguntas como "¿quieres que hable con alguien?", "¿necesitas algo?", "¿sabes que han preguntado por ti?", hacerlo sin que el paciente se sienta juzgado.
- Mostrar una escucha y atención activa, transmitir que se está escuchando a la persona, eso se realiza repitiendo algunas sus ideas y tratando de usar sus palabras.
- Respetar los silencios, ayudan a la persona a pensar racionalmente, éstos hacen parte de la movilización emocional de la víctima.
- Nunca utilice frases a la ligera solo por decir algo, evite expresar juicios y órdenes como "no piense así", "eso no es nada", "yo en su lugar haría", "a tal persona le sucedió lo mismo y mire cómo reaccionó".
- Siempre hay que procurar a toda costa la empatía, comprender los sentimientos y las emociones de la persona a la que se está asistiendo y experimentarlos de forma objetiva y racional.

5

- Aceptar dudas y suspicacias por parte de la persona, hacia nuestros deseos de ayudarla. Reafirmarse en la idea, tranquila y racionalmente. "Tú no me quieres ayudar, no sé qué haces aquí". "María, estoy aquí porque veo que la estás pasando mal y si, quiero ayudarte".
- Hacer preguntas que cambien el foco de atención de la víctima, haciéndole sentir que le importa a alguien, de esta manera disminuir el impulso.
- Preguntar el motivo de la situación, con el fin de evaluar el grado de objetividad del paciente y el nivel de riesgo al que se está enfrentado. permitir que hable sobre su plan de suicidio.
- Tener paciencia, mostrar un sincero interés por el bienestar de la persona.

6

- Atender la conducta no verbal, si es lesiva hacer que lo piense "¡pienselo!".
- De ser posible conocer sus pensamientos y cambiar distorsiones cognitivas: esto es lo más difícil por la falta de tiempo y la dificultad del momento.
- Despertar motivaciones, compara los efectos negativos del suicidio con los positivos de no hacerlo.
- Ayudar a verbalizar los pensamientos y las emociones, estas pueden perder fuerza cuando se les da un nombre.
- Negociar salidas que sean compatibles con la vida con ganancias que sean reales, como ayudarlo a conseguir o contactar algo o alguien que quiere, preguntando "¿qué podemos hacer por ti?".
- En los casos suicidas, el suicida tiene la idea de vivir y de morir, el profesional que lo atiende debe hacer uso del deseo de vivir que las personas tienen, transmitir seguridad y calma permitirá mantener el control de la situación.

7

- Entender el dolor, no significa estar de acuerdo con que el suicidio sea la mejor y única opción. Para llegar a este punto es necesario haber entablado una buena relación y haber empatizado previamente.
- Ayudar en la exploración de otras alternativas para dar solución al conflicto.
- A veces, transmitir la idea de que "la muerte es la única solución definitiva ante problemas no definitivos" puede ayudar.
- Preparar a la persona para que abandone su intento de suicidio, verbalizando de forma clara y sencilla, de qué manera puede dar marcha atrás en su intento, por ejemplo "María, puedes bajar por la escalera, yo voy a seguir aquí, y cuando bajes seguimos hablando tu y yo a solas". Por supuesto, cumplir todo lo que se diga.

8

- En caso de que el intento de suicidio se transformara en inmanejable o existiera una reacción violenta en la persona, se conduce a la contención física de la persona.
- Una vez la persona haya desistido de su intento, es importante reforzar a través de la palabra, lo aceptado de su decisión, evitando en todo momento cualquier crítica.
- Finalizar la intervención in situ con el traslado al centro de salud. Si es posible, se le puede acompañar.

**En caso de que la persona consuma sus planes de suicidio recuerde que la decisión ha sido de sí misma. No está al alcance de nosotros obligar a vivir a nadie en contra de su voluntad.
No es culpa nuestra.**



Imagen: Le Lit - Henri Lautrec

ALGUNOS FACTORES PROTECTORES PARA EVITAR EL SUICIDIO



1 CONEXIÓN CON LOS PADRES

2 LOGROS LABORALES Y/O ACADÉMICOS

3 ACCESO A LA SALUD

4 UN LUGAR SEGURO DONDE VIVIR

5 RESILIENCIA

6 RELACIONES DE AMISTAD SANAS Y CERCANAS



7 SEGURIDAD ESCOLAR

8 ACEPTACIÓN DE LA DIVERSIDAD SEXUAL

9 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

10 CONFIANZA EN SÍ MISMO

11 HABILIDAD PARA RESOLVER PROBLEMAS

12 BÚSQUEDA DE CONSEJO Y AYUDA



Existen factores protectores que pueden llegar a ser útiles en la atención de los casos suicidas, se debe tener especial cuidado en el uso de esta información, puesto que al no conocer la situación real de los mismos pueden acentuar la ideación suicida. Algunos de estos factores están asociados con el vínculo de los lazos familiares y sociales, otros con los logros y los planes laborales y académicos, detectar su presencia puede ayudar a disminuir la probabilidad del suicidio (Perdomo, 2012).

Estos factores no erradican la posibilidad de atentar contra sí mismo, pero su potenciación puede prevenir las conductas autolesivas. La capacidad con la que una persona enfrenta las adversidades de la vida o la habilidad para resolver problemas disminuye la probabilidad de que dicha persona se encuentre deprimida, ansiosa o desesperanzada.

#StopBullying

Ruta de Atención del Matoneo (Bullying)

¿Quiénes pueden identificar el caso?:

Estudiantes
Docentes
Coordinadores
Psicorientadores
Padres de Familia
Comunidad en general

¿Dónde se puede denunciar el Bullying?:

Autoridades Escolares.
Comité Escolar
Psicología
Policía de Infancia y Adolescencia

¿Cómo puedo notificar el Bullying?:

De forma verbal
De forma escrita
Con una llamada anónima

¿Cuáles entidades pueden intervenir en un caso de Bullying?:



Institución Educativa



Policía



Comisaría de Familia



BIENESTAR FAMILIAR
ICBF



EPS



Medicina Legal



Personería de Bogotá, D. C.
Al servicio de la ciudad

Personería



Fiscalía



Hospital



Secretaría de Educación



Defensoría

#StopSuicide

Ruta de Atención Integral Suicidio

¿Quiénes pueden identificar el caso?:

Estudiantes
Docentes
Coordinadores
Psicorientadores
Padres de Familia
Comunidad en general

¿Dónde reportar una idea suicida?:

Instituciones académicas/laborales.
Grupo familiar
Sector salud
Línea 106

¿Dónde reportar un intento suicida?:

Líneas de Emergencias
106 - 123 - 112 - 3202963856

¿Cuáles entidades pueden intervenir en la conducta suicida?:



Institución
Educativa



Policia



Comisaría de
Familia



BIENESTAR
FAMILIAR
ICBF



EPS



Medicina
Legal



Hospital



Bomberos